Le Bulletin d'Information de l'Ordre des Médecins de Tunisie

N°32 Mars 2010

SOMMAIRE

Editorial 1

Incompatibilité, Litiges 2

Rendez-vous ..... a ne pas manquer 2

Secret professionnel et communication du dossier médical 3

Secret professionnel et communication du dossier medical : étude de cas 4

Le rabattage 5

Médecin et pratiques parallèles de soins : Aspects déontologiques 7

La pratique du contrôle et de la prévention du dopage: ce que le médecin doit savoir de la réglementation 8

Lutte contre le dopage : aspects déontologiques 10

La pratique de l'imagerie médicale dans le secteur prive 10

Le principe de précaution : ses limites 14

Le principe de précaution oblige à exagérer la menace 15

Mise en place d'une stratégie de prévention de l'obésité 16

Respect de la chaîne du froid : pour les produits de santé 16

Mutuelle de la santé publique 17

Livret santé 17

Assistants hospitalo-universitaires : Obligation d'exercer dans une région sanitaire prioritaire 18

Comite technique des médicaments 18

La formation des jeunes médecins est un devoir déontologique 19

La télémédecine 19

Cahier de charge des établissements sanitaires privés 20

Soins médicaux à des étrangers non-résidents (« Exportations des services de sante ») 21

Évaluation et accréditation des structures sanitaires 21

Tarification des actes dans le secteur privé (janvier 2010) 22

Nouveaux bureaux des conseils régionaux de l'ordre des médecins (crom) 23

Publications, revues : Vient de paraître 24

Directeur de la publication
Taoufik NACEF

Comité de rédaction
Mohamed ALOULOU
Mohamed Féthi DEROUICHE
Mohamed JOUINI
Slim BEN SALAH
Nabil BEN ZINEB
Amen Allah MESSADI
Mohamed AYED
Lotfi BEN HASSINE
Abdelhamid BOUATTOUR
Mohamed Néjib CHAABOUNI
Najeh CHENITI
Rafik GHARBI
Rachid KAMOUN
Youssef LETAIEF
Mounir Youssef MAKNI

Collaborateurs
Mme Henda Zidi Chtioui
Mme Saliha Oubeidallah

ADRESSE

CNOMT, 16, Rue de Touraine 1002 Tunis
Tél: 216 71 792 736 - 71 799 041
Fax: 216 71 788 729 -
E-mail: cnom@planet.tn
Site: www.ordre-médecins.org.tn

EDITORIAL

1. Déchiffrer le contenu des notices (combien ça coûte ?) informant de la composition, des indications, du mode d'emploi, des effets secondaires et contre-indications des médicaments nécessite du temps et une bonne acuité visuelle. Une fois la lecture achevée, la décision d'en consommer (ou d'en conseiller l'usage) relève du cas de conscience… à moins de s'armer d'une forte dose d'optimisme…. ou de scepticisme… ou simplement de bon sens.

Un des effets bénéfiques de la récente campagne anti-grippe est l'appel lancé de façon réitérée pour le respect des règles d'hygiène élémentaire. Pour autant payer 3 dinars 110 ml d'une solution - composée de 70% d'éthanol, 27% d'eau, de glycérine + granulés de vitamines (?) + colorants – passe mal quand pour le même prix, on peut se procurer …. plusieurs savonnettes.
(Lire dans ce numéro les deux articles consacrés au principe de la précaution).

2. « Il est d'usage qu'un médecin soigne gratuitement ses parents proches, ses confrères et les personnes à leur charge, les étudiants en médecine, le personnel à son service, ses collaborateurs et auxiliaires directs et ses amis intimes »… et bien évidemment sa propre personne.
Avec l'avènement de l'assurance maladie pour tous, ce grand classique de la déontologie – dont l'application a, selon nos estimations, un impact peu significatif sur les revenus du médecin – semble avoir vécu. On peut simplement regretter qu'une fois de plus les aspects matériels prennent le pas sur le symbole ! Veillons au moins à ne pas « décevoir » notre proche famille, les étudiants en médecine ; faisons le premier pas vers nos confrères.

3. A la radio, un confrère (apparemment) médecin d'une équipe de football est interrogé sur la santé d'un joueur vedette et sur les espérances de ce dernier de reprendre rapidement les entraînements et la compétition. Le médecin s'exécute: il fait le point sur l'état de l'articulation du joueur, détaille les examens qui vont lui être faits, ne s'engage pas sur le pronostic.
On peut s'étonner d'un tel comportement car :
- D'une part livrer une information pouvant être utile à l'adversaire pourrait être considérée comme étant une trahison (à moins qu'il ne s'agisse d'un stratagème destiné à l'induire en erreur) ;
- D'autre part, se délier du secret professionnel est une faute déontologique, même si le milieu sportif est une grande famille où règnerait une grande transparence.
(Lire aussi dans ce numéro, les articles consacrés à certains aspects du secret médical ainsi que les mises au point concernant le dopage).

4. Lu, une inscription à la peinture rouge sur les murs de la médina de Tunis: elle dit en substance « maudits soient les ancêtres de celui qui jette ses ordures dans la rue ». L'effet est spectaculaire ; la voie est propre. Ainsi une injonction anonyme, faisant référence aux valeurs morales, sociales, écologiques et esthétiques du vivre ensemble serait plus efficace que la crainte des foudres des lois/codes/chartes… Une source d'inspiration pour la révision du code de déontologie médicale … dont le texte pourrait être condensé en un seul article, affiché dans toutes les structures de soins, à des endroits stratégiques ? Proposition irréaliste… mais qui suscite une longue méditation.

INCOMPATIBILITE, LITIGES

Au cours des semaines écoulées, les litiges entre médecins se multiplient particulièrement dans le secteur public de santé ; les relations interpersonnelles se dégradent. Ces litiges opposent des cadres, universitaires et/ou non universitaires, qui, en raison des attributs – maîtrise des techniques médicales, capacités intellectuelles et qualités morales élevées, comportement exemplaire – qu'on leur prête habituellement sont des modèles pour les générations d'apprenants. Les griefs sont souvent réciproques.

L'Ordre des médecins, en sa qualité d'arbitre est saisi. Il s'informe, écoute, analyse les versions des faits – souvent contradictoires – données par les acteurs et les témoins ; il tente de démêler l'écheveau des évènements et des responsabilités, principalement celle de l'évènement déclencheur qui pourrait servir de fil conducteur. Y a-t-il une victime «absolue» ? L'abus de pouvoir et le caractère arbitraire, et non en rapport avec le service, de telle ou telle décision sont-ils avérés ?

La stratégie de sortie de crise consiste le plus souvent en appels lancés, à travers des canaux multiples aux différentes parties auxquelles il est demandé de faire preuve de bon sens (pas de gagnant si le conflit se perpétue) et de sagesse (se concentrer sur l'essentiel, ne pas dégrader le «modèle») pour trouver une solution interne à la profession qui restaure la confiance, l'esprit collectif et le travail en équipe ; c'est-à-dire un leader (modèle ? icône ?), équitable, empathique, des «partenaires» responsables de leur partition ; une équipe soudée dont toute l'énergie est focalisée sur la concrétisation d'objectifs professionnels définis en commun, la confiance des malades, la reconnaissance par/de la société, la réputation du service, la promotion de la science et de la transmission des savoirs, un respect mutuel.

Ce qui n'interdit pas la véhémence du verbe et les effets de manche - qui font partie de la «culture» des médecins - mais doivent être confinés «intra-muros» . L'expérience montre que toute alternative de règlement des litiges autre que le consensus interne aggrave les rancœurs (les»plaies» de l'âme sont longues à cicatriser), éloigne l'échéance d'une solution équitable, déstabilise l'organisation des services, divise la corporation et altère son image auprès des autres professionnels et du public.

«Les médecins doivent entretenir des rapports de bonne confraternité ; ils se doivent une assistance morale… il est interdit de calomnier un confrère, de médire de lui ou de se faire l'écho de propos susceptibles de lui nuire …»

RENDEZ-VOUS ..... A NE PAS MANQUER

M ..... est reçu à sa demande par un Conseiller de l'Ordre : 54 ans, «docteur» (7 ans d'études supérieures : autant qu'en médecine), de l'humour (ce qui lui permet de prendre de la hauteur et facilite l'entretien), léger embonpoint (BMI «estimé» à 21), mais, selon la formule consacrée, l'allure encore «sportive».

Il fait la déclaration suivante : son médecin traitant cardiologue lui ayant prescrit une épreuve d'effort, rendez-vous est pris auprès de la clinique disposant du matériel (up to date) nécessaire à cet examen. Le médecin traitant est informé. A la date et à l'heure – matinale – convenus, M … , un peu angoissé, à jeun (?) signale sa présence au personnel du service d'explorations cardio-vasculaires de la clinique.
Ce n'est que trois heures plus tard qu'il est appelé. Entre temps, son angoisse, son désappointement et ses doutes (concernant la qualité des soins surtout s'ils sont mis en ..... équation avec la somme déboursée) ont été alimentés :
- par des allées et venues – qu'il qualifie de «browniennes» - de blouses blanches … dont certains tabacomaniaques ;
- un déplacement de l'appareillage d'examen vers les étages (une urgence hospitalière ?) ;
- une discussion animée entre médecins (selon ses dires) ;
- ses appels téléphoniques à sa famille, pour la rassurer, et à l'établissement où il travaille pour aménager ses tâches.

Le médecin traitant Dr X ..... reçu à l'Ordre, confirme – d'une certaine façon – les soupçons et dires du malade ;
- le rendez-vous (jour, heure) est donné à titre indicatif car plusieurs médecins spécialistes fréquentent en même temps le service d'exploration cardio-vasculaire ;
- il arrive régulièrement que des patients soient défaillants, ce à quoi il est pallié par un (léger) surbooking ; de sorte que pour ne désobliger personne, c'est le système «premier arrivé, premier servi», qui a cours et ce à l'insu du malade ;
- l'appareillage de mesure est très performant, il est commun au service (externe) d'exploration et à l'hospitalisation.

Le docteur X … propose de recevoir le malade pour «communiquer» et lui expliquer (à posteriori ?) la situation…..

Commentaires :
Le médecin est tenu «d'agir avec correction et aménité envers le malade» ; pour prévenir les récriminations, il doit développer ses capacités d'empathie et d'écoute.
La défaillance de la communication (pour l'annonce du diagnostic, du pronostic, des tarifs, de l'organisation), est un argument de plus en plus fréquemment évoqué dans les plaintes des patients ; il doit nous interpeller même si parfois il est réfutable. A ce propos, il est utile de rappeler cette règle générale de la communication : un faible pourcentage de ce que «l'émetteur» d'un message dit (on croit avoir dit) est retenu par le vis-à-vis.
Enfin la «communication» n'est pas une panacée universelle ; elle ne peut pallier les défaillances de l'organisation surtout si celles-ci se chronicisent.

SECRET PROFESSIONNEL ET COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

Dossier préparé avec Maître Ahmed Ben Mansour avocat–conseil de l'Ordre des médecins

Depuis quelques temps, l'ordre des médecins de Tunisie est confronté à des requêtes de plus en plus nombreuses, et qui touchent au domaine du secret médical. C'est ainsi que des demandes de communication de dossiers médicaux ou d'informations relatives à l'état de santé de certaines personnes, sont présentées aux praticiens, généralement, à l'occasion de conflits successoraux ou de conflits d'autre nature (conflits d'intérêts par exemple).
Les pétitionnaires demandent aux médecins qui se sont occupés des individus objet de leur requête (parents ou personnes avec lesquelles les pétitionnaires ont des intérêts) une communication de leurs dossiers médicaux ou une information, souvent très importante, sur leur état de santé, pendant une période déterminée ou indéterminée.
Le médecin s'adresse alors à l'Ordre pour le conseiller et l'aider à trouver une solution pour concilier l'obligation de respecter le secret médical et la demande relative à la communication du dossier ou d'une information, si minime qu'elle soit, sur l'état de santé d'une autre personne.
Cette première difficulté peut être doublée par une autre. Le pétitionnaire appuie sa demande par une décision juridictionnelle ; il s'agit dans la majorité des cas d'une ordonnance sur requête (décision d'un juge unique).
Cette situation pose deux problèmes : le premier consiste en la conciliation entre la communication du dossier médical et l'obligation de garder le secret médical ; le second réside dans l'accommodement entre respect des décisions juridictionnelles (exécution) et respect du secret médical.

1. Fondements juridiques du secret médical :

Le domaine du secret professionnel en général et du secret médical en particulier est mal exploré. Quelle serait l'attitude d'un médecin en face d'une demande de communication d'un dossier médical ? C'est la question à laquelle il nous est demandé de répondre à la lumière de ce que prescrit la loi.

1.1. C'est ainsi que le code de déontologie médicale (décret 1155 du 17 mai 1993) prévoit, dans plusieurs articles, des dispositions se rapportant au secret médical.

Article 8 :« Le secret professionnel s'impose à tout médecin sauf dérogations établies par la loi ».

Article 9 : « Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail soient avisées de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment ».

Article 74 al[1] « Dans la rédaction de son rapport, le médecin expert ne doit révéler que les éléments de nature à fournir les réponses aux questions posées dans la décision qui l'a nommé.
Hors de ces limites, le médecin expert doit taire ce qu'il a pu apprendre à l'occasion de sa mission ».

Article 75 « Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.... ».

Article 78 « Les renseignements d'ordre médical contenus dans les dossiers médicaux établis par les médecins salariés, ne peuvent être communiqués ni aux personnes autres que le médecin responsable du service médical ni à une autre administration »

Article 81 «Outre le respect du secret professionnel, le médecin du travail est tenu dans l'exercice de ses fonctions de respecter scrupuleusement le secret de fabrication et en général les procédés d'exploitation ...».

1.2. Le code pénal réserve quant à lui l'article 254 à la révélation du secret médical « Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé ainsi que les pharmaciens, les sages femmes, et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, de secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement de 6 mois et d'une amende de 120 dinars.
Toutefois, les personnes ci-dessus énumérées, sans être tenues de dénoncer les avortements jugés par elles criminels dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession, n'encourent pas, si elles les dénoncent, les peines prévues au paragraphe précèdent; citées en justice pour une affaire d'avortement, elles demeurent libres de fournir leur témoignage à la justice sans s'exposer à aucune peine ».

1.3. Des dispositions éparses incitent ou obligent les médecins à « dénoncer » certaines maladies : à titre d'exemple l'article 7 de la loi 92-71 du 27 Juillet 1992, relative aux maladies transmissibles, telle qu'elle a été modifiée et complétée par la loi n° 2007-12 du 12 février 2007 qui stipule « La déclaration des maladies prévues à l'article 3 de la présente revêt un caractère obligatoire. Elle est faite aux autorités sanitaires par tout médecin ou biologiste qui les diagnostique ou qui en a pris connaissance quelque soit son statut ou son mode d'exercice et ce selon des conditions et des formes fixées par décret. Cette déclaration doit être faite conformément à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la santé publique ».

I.4. Quant à la jurisprudence en la matière, elle est rare, pour ne pas dire qu'elle fait défaut. Même si elles existent, les décisions juridictionnelles ne cernent pas toutes les hypothèses ; certains cas restent à l'ombre, sans aucun éclairage.
En conclusion, le secret médical doit être protégé et ne doit être divulgué que si le législateur autorise la communication du dossier médical ou de l'information et ce dans l'intérêt général (cas de loi n° 92-71 du 27 Juillet 1992 relative aux maladies transmissibles telle qu'elle a été modifiée et complétée par la loi n° 2007-12 du 12 février 2007).

2. Demande de communication du dossier médical formulée par décision de justice

Quid de la demande de communication du dossier médical appuyée par une ordonnance sur requête ?

2.1. La problématique

De prime abord nous sommes confrontés à une situation complexe: d'une part, une demande de divulgation du secret médical ; d'autre part une décision juridictionnelle que nous sommes obligés d'exécuter.

S'agissant de la communication du dossier médical, le médecin peut opposer le principe du respect du secret professionnel, autrement dit le secret médical et ce conformément à ce qui a été dit.

S'agissant de la décision juridictionnelle, la difficulté est aplanie par le juge lui-même. Dans la plupart des cas le juge auteur de la décision assouplit sa décision en demandant au praticien de respecter les procédures légales (الاجراءات القانونية). Il s'ensuit que le juge n'oblige pas le praticien à enfreindre au principe du respect du secret médical ; il lui laisse la liberté d'agir.

Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que l'ordonnance sur requête est détenue par le bénéficiaire qui va tout tenter pour la faire exécuter.

2.2. « Jurisprudence » de l'Ordre

L'ordre des médecins a essayé de répondre à toutes les questions soulevées et de concilier (dans ses réponses aux médecins qui ont demandé un éclairage) le principe du respect du secret médical et l'obligation d'exécuter les décisions juridictionnelles. Cette initiative de l'ordre des médecins a constitué une pratique. La répétition de cette dernière l'a transformé en une jurisprudence.

Elle est fondée sur trois principes :

• la conciliation entre le respect du secret médical et le respect des décisions juridictionnelles

Le médecin qui reçoit une ordonnance sur requête ne doit pas répondre directement au pétitionnaire. Il doit s'adresser directement au juge qui a pris la décision pour lui rappeler qu'il est tenu par le secret médical.

Toutefois si l'information intéresse une affaire « enrôlée » et que le juge réitère sa réquisition justifiée par un intérêt d'ordre public, le médecin doit adresser au tribunal un rapport succinct sans déborder sur d'autres questions que le(s) sujet(s) sur lesquels il est requis d'apporter une réponse.

• la préservation du dossier médical c-à-d éviter tout accès direct aux dossiers médicaux.

Ce principe est en relation avec le précédent. Il en résulte que les demandes de communication de dossiers médicaux, en cas d'acceptation, ne doivent jamais reproduire le dossier médical de façon intégrale. L'expertise médicale pourrait suppléer la communication directe du dossier médical.

• la protection des intérêts des membres de la famille du dé cujus (en cas du décès d'une personne) ou de l'incapable (en cas de mineur, ou majeur incapable) et le cas échéant les intérêts des tiers.

Le but de l'ordre est d'éviter que la communication du dossier médical soit la cause de conflits familiaux ou sociaux ou soit un moyen pour provoquer des conflits.

Enfin l'Ordre des médecins préfère l'expertise collégiale à tout autre moyen qui gênerait l'action du praticien et troublerait son exercice.

SECRET PROFESSIONNEL ET COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL : ETUDE DE CAS

CAS 1 : LE MÉDECIN, LE JUGE ET LE PETITIONNAIRE

Mr Z..... décède ; certains des héritiers contestent ses « dernières volontés » concernant le partage de ses biens. Ils arguent du fait que celles-ci ont été exprimées sous influence, le défunt ayant perdu au moment de les formuler ses capacités intellectuelles et ses facultés de discernement. Pour étayer leurs accusations, ils adressent une requête au tribunal dans laquelle ils demandent à ce dernier d'autoriser les médecins traitants de Mr Z..... à leur délivrer un rapport de santé :

- décrivant en détail l'état du décédé pendant la période précédant sa mort ;
- précisant si cet état était la cause de sa mort ;
- répondant à la question suivante : « son état mental et psychique lui permettait-il de s'obliger et de gérer ? »

En réponse à cette requête, le juge ordonne à chacun des praticiens de fournir (seulement) aux demandeurs « un rapport sur l'état du père avant sa mort, tout en veillant au respect des procédures légales ».

Les médecins obtempèrent à l'ordonnance du juge, ce qui provoque les protestations des pétitionnaires et de leur avocat ; ces derniers insistant pour obtenir un certificat détaillé et un avis, quant aux capacités du de cujus de s'engager et de gérer ses biens.

Commentaires :

La jurisprudence médicale est fondée sur trois principes :

1. la conciliation entre respect du secret médical et respect des décisions juridictionnelles.

Le médecin qui reçoit une ordonnance sur requête ne doit pas répondre directement au pétitionnaire ; il doit s'adresser au juge qui a pris la décision et ne jamais aller au delà de ce qui lui est ordonné, ni interpréter largement la demande du juge. Il doit rappeler qu'il est tenu par le secret médical. S'il s'agit d'une affaire enrôlée et que le tribunal réitère sa réquisition justifiée par un intérêt d'ordre public, le médecin doit adresser au tribunal un rapport succinct sans déborder sur d'autres questions.

2. la « protection du dossier médical » ce qui implique d'empêcher l'accès direct de ce dossier aux tiers (sauf s'il s'agit d'un médecin expert – sur réquisition – en se limitant strictement aux injonctions écrites du juge)

Ce principe est en relation avec le précédent. Il en résulte que la réponse à la demande de communication d'un

dossier médical, en cas d'acceptation de la réquisition du tribunal, ne concerne que les seuls éléments de ce dossier en rapport avec l'objet de la réquisition.

3. la protection des intérêts des membres de la famille du de cujus (en cas de décès d'une personne) ou de l'incapable (en cas de mineur, ou majeur incapable) et le cas échéant les intérêts du tiers.

La communication du dossier médical ne doit pas être la cause de conflits familiaux ou sociaux ou un moyen pour provoquer des conflits.

Conclusion

Lorsqu'il est investi d'une mission d'expertise, « le médecin ne doit révéler dans son rapport que les « éléments de nature à fournir les réponses aux questions posées dans la décision qui l'a nommé. Hors de ces limites le médecin expert doit taire ce qu'il a pu apprendre à l'occasion de sa mission ».

Ce qui requiert une lecture attentive des termes de la requête (condition d'une réponse pertinente), parfois du courage et de la « distance » (pour résister aux pressions extérieures et à ses propos inclinaisons).

CAS 2 : REQUETE DE JUSTICE

Le Docteur Z.... reçoit par voie d'huissier notification d'une ordonnance (إذن على العريضة) émanant du tribunal de première instance de ...., lui enjoignant de fournir à la demande d'un héritier un rapport détaillé relatif à la maladie et à la cause du décès de l'un de ses patients. Ci-contre, sa réponse à cette requête, et ce en tenant compte des propositions que lui a fait l'Ordre des médecins dont il a sollicité le conseil.

تعقيبا على محضر تبليغكم الإذن على العريضة عدد ..
المؤرخ .. ..والمتعلق " بالإذن للحكيم
.....بتمكين الطالب من تقرير طبي
يشرح فيه طبيعة المرض الذي كان يعاني منه والده وسبب الوفاة."
أتشرف بإعلامكم انه لا يمكن مد العارض بتقرير عن الملف الصحي للمرحوم..... وذلك للأسباب التالية:

1. يحجر القانون البوح بالسر الطبي
2. طلب الملف الطبي من قبل أحد الورثة دون الآخرين يثير عدة مشاكل وربما يستغل لأغراض غير شخصية.
3. يمكن تقديم التقرير خلال نزاع قضائي وبطلب من المحكمة المتعهدة ويسلم الى جناب رئيس الهيئة الحكمية مباشرة أو عن طريق طبيب خبير –معين.–

LE RABATTAGE
(compte rendu de la réunion organisée par le CROM de Sfax le 9/6/2009)

Une réunion interprofessionnelle, organisée à l'initiative du CROM de Sfax et à laquelle ont été conviés les représentants d'autres Ordres (pharmaciens, dentistes, avocats), a débattu du problème de rabattage.

Il s'agit d'un véritable fléau qui a pris, notamment à Sfax, des proportions inquiétantes et extrêmement nuisibles à la réputation et à la crédibilité des professionnels des secteurs susmentionnés. Etaient présents :

- le Conseil Régional de l'Ordre des Avocats représenté par son Président Me Abdessatar YAICH
- le Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens représenté par son Président Mr Ali BEN AMAR , son vice président Mme Rakia FOURATI-TRIKI et Mme Choumous MZOUGUI-KALLEL
- le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins Dentistes représenté par son Président Dr Fethi ELLOUMI, son trésorier Dr Mohamed ELLOUMI
- le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins représenté par son Président Dr Abdeljelil GDOURA , son secrétaire général Dr Hassen TURKI , son trésorier Dr Anouar ABDELKEFI ,
- Le Conseil national de l'Ordre des médecins, représenté par le Dr Mohamed ALOULOU vice Président, Dr Mohamed Najib CHAABOUNI membre.
- un public nombreux et participatif.

Ci-dessous une présentation synthétique des interventions et des propositions faites par les représentants des différentes catégories de professionnels présents.

Me A.YAICH (président du Conseil Régional de l'Ordre des Avocats)

Avec le phénomène du rabattage, pour gagner bien sa vie, l'impression est que la compétence passe au second plan. Certains de nos confrères sont soupçonnés d'avoir recours à des intermédiaires (large éventail de statuts et de fonctions) pour le recrutement des clients ; toutefois, il s'agit le plus souvent de présomptions. Les rabatteurs «professionnels» sont identifiés par les autorités mais il est difficile de prouver matériellement le délit.

Qu'à-t-on fait pour prévenir ces pratiques ? Les actions mises en œuvre ont consisté à :

- sensibiliser les confrères (dont certains font preuve de «tolérance» vis-à-vis des rabatteurs) au respect de l'éthique professionnelle.

- informer le procureur de la République ; (il faut savoir qu'une procédure pénale peut être intenté contre un confrère en infraction).
- agir au niveau des hôpitaux (MSP)
- dénoncer par circulaire interne des confrères ayant été l'objet de mesures disciplinaires pour rabattage.

Mr A.BEN AMAR (Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens)

Trois exemples d'infractions, dénoncés à l'Ordre des Pharmaciens, illustrent certains aspects du phénomène de rabattage et de concurrence déloyale:
- les ordonnances provenant d'une clinique donnée sont honorées dans une autre pharmacie, parfois très éloignée de celle-ci mais dont le gérant est actionnaire de la clinique,
- ristourne des labos installés dans les cliniques faite à la clinique,
- réductions consentis à certains clients.

Malheureusement les confrères ne se plaignent pas et il est difficile d'apporter des preuves concrètes.

Par ailleurs, il arrive que les malades soient orientés par leur médecin traitant vers des pharmacies bien déterminées soi-disant spécialisées dans certaines préparations (de dermatologie ou de phytothérapie par exemple). L'indication en est portée au verso de l'ordonnance.

Le compérage médico-pharmaceutique se traduit aussi dans la disponibilité uniquement dans certaines pharmacies de médicaments de «commande ferme» ; des produits pharmaceutiques, d'origine «Libyenne» seraient également mis à la disposition des malades (vendus ?), par certains cabinets médicaux.

Dr F.ELLOUMI (Conseil Régional de l'Ordre des médecins dentistes):

Le rabattage est un véritable cancer qui ronge la profession Le malheur c'est que ce mal vient de nous. Pour en «guérir», je propose de :
- revoir l'enseignement de la déontologie au niveau des facultés,
- adresser une lettre de sensibilisation aux confrères leur rappelant certains articles du code de déontologie, pour **leur «sortir de la tête» l'idée que la dichotomie et le rabattage sont des pratiques incontournables qui remplacent le «talent» et se substituent à la déontologie, à l'éthique et à la solidarité professionnelle ;**
- organiser une réception pour les nouveaux installés et les informer des dangers de telles pratiques pour l'avenir de la profession ;
- ne pas hésiter à sanctionner des confrères sur dossier bien argumenté ;
- impliquer les autorités à travers une meilleure communication.

Dr A. GDOURA Président du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins):

Les plaintes que nous recevons émanent le plus souvent de confrères s'estimant lésés matériellement (concurrence déloyale !) ou moralement (atteinte à l'honorabilité et à la dignité de la profession entière). Le confrère mis en cause est invité pour une audition au conseil régional : vérification de la matérialité des faits et du bien-fondé de l'accusation qui est généralement basée sur des arguments difficilement objectivables, simplement sur des présomptions.

Des membres du CROM ont même fait l'objet de menaces de la part de rabatteurs, craignant pour l'avenir de leurs pratiques lucratives.

Le problème du rabattage fait périodiquement l'objet de correspondances adressées aux autorités de la région et d'interventions directes de l'ordre auprès de responsables locaux. Ces interventions ont généralement un effet immédiat spectaculaire qui s'épuise après un certain temps, au terme duquel les «mauvaises habitudes» reprennent.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a été saisi de toutes ces démarches et sollicité pour intervenir auprès des Autorités Nationales

Dr M. A. Aloulou, Dr M. N. Chaabouni (CNOM)

Le rabattage est une pratique qui ne connaît pas de limites géographiques et dont les acteurs sont le plus souvent **étrangers au monde de la médecine. Avec la complicité et la reconnaissance – active ? passive ? – de certains professionnels, ces intermédiaires sont devenus incontournables en raison du contrôle qu'ils ont fini par exercer sur des «circuits».**

Les Autorités pourraient intervenir à trois niveaux :
- au niveau du Ministère de la Santé Publique pour canaliser, orienter et protéger la clientèle étrangère venue pour les soins en Tunisie;
- au niveau du Ministère du Tourisme, pour l'offre de services hôteliers (confort et sécurité des visiteurs) ;
- au niveau du Ministère de l'Intérieur pour assurer la sécurité et intervenir pour protéger nos professions des intermédiaires dont le comportement peut être agressif ou menaçant, vis-à-vis du médecin/du touriste, et même entr'eux car la concurrence est sévère.

CONCLUSION :

Il a été décidé de :
-diffuser une circulaire commune à tous les professionnels avec rappel des articles du code de déontologie de nos professions respectives et des articles du code pénal (voir dans ce numéro rappel d'articles du code pénal) relatifs à cette infraction. Me A .Yaich se chargera de la préparation de cette circulaire avec le concours des présidents des autres Conseils ;
- informer les autorités ;
- préparer une réunion à la rentrée avec tous les professionnels pour rappeler la législation (code de déontologie, code pénal ...) ;
- informer nos conseils nationaux respectifs.

منشور إلى أطباء تونس

نظرا لتفشي بعض الظواهر الغريبة عن المهنة لجلب الحر فاء و توجيههم من طرف بعض الأشخاص بطريقة غير قانونية و غير أخلاقية و تضر عديد الزملاء و الزميلات منها.

فان المجلس الوطني لعمادة الأطباء: يذكر أن لجوء بعض الأطباء إلى هذه الطرق غير الشرعية و المنافية لأدبيات و أخلاقيات مهنة الطب في استجلاب الحرفاء يمثل إساءة لصورة و قيمة المهنة في المجتمع و منافسة غير مشروعة توجب المؤاخذة التأديبية حسب الفصول 50-22-19-17-16-10 : من مجلة واجبات الطبيب علاوة على المؤاخذة الجزائية المنصوص عليها قانونا بالأمر المؤرخ في 12/03/1942 المتعلق بزجر جلب الحرفاء **تحيلا و الذي ينص على:**

الفصل الأول :استجلاب الحرفاء تحيلا لفائدة أشخاص متعاطين لصناعة حرة مرتبة بقوانين يعتبر جنحة.

الفصل الثاني :يتصف بهذه الصفة من يشتغلون اعتياديا بالبحث عن حرفاء ليعرفوهم بكل شخص مباشر لصناعة حرفاء مرتبة بقوانين بدون أن يلزم إثبات كونهم قبضوا أجرا عن ذلك.

الفصل الثالث :جميع الأنفار الذين ثبت عليهم ارتكاب هذه الجنحة يعاقبون بالسجن من ثلاث أشهر إلى عام و بخطية من ثلاثة آلاف فرنك، و العقوبات نفسها تنطبق على الشركاء في المخالفة.

ويهيب بكل الزملاء الوقوف ضد هذه الممارسات المخلة بشرف المهنة و ذلك بعدم السكوت عن كافة التجاوزات التي يعاينونها أو يعلمون بها و إعلام المجلس الجهوي للعمادة بها في الإبان حتى تقع مقاومة ظاهرة السمسرة.

باقتراح من المجلس الجهوي لعمادة الأطباء بصفاقس موافق عليه من طرف العمادة الوطنية

MEDECIN ET PRATIQUES PARALLELES DE SOINS ASPECTS DEONTOLOGIQUES [1]

[1]Synthèse de la conférence prononcée par le Dr F. Derouiche aux 4èmes Journées nationales de l'inspection médicale : Yasmine Hammamet 15, 16 et 17 décembre 2009.

Le terme de médecine(s) parallèle(s) recouvre un ensemble de produits et de pratiques qui font partie de l'arsenal de ce que les uns appellent « médecine traditionnelle » ; d'autres « médecine douce » ou « alternative ». Cette médecine n'est pas fondée sur une approche scientifique expérimentale, systématique. Les prescriptions reposent sur des savoirs, transmis à travers les générations, biens communs à diverses cultures.

Plus de 120 « disciplines » entrant dans ce cadre peuvent être inventoriées parmi lesquelles on peut citer :

- l'acupuncture, l'auriculothérapie ;
- le recours aux alicaments et aux compléments alimentaires;
- l'apithérapie, le traitement par piqûres d'abeilles ;
- l'aromathérapie ;
- la balnéothérapie, hydrothérapie ;
- la chiropraxie ;
- l'hypnose ;
- l'homéopathie ;
- la luminothérapie ;
- la massothérapie (massage Thaï, massage Indien, Hawaïen etc.). ;
- la musicothérapie ;
- l'ostéopathie ;
- la phytothérapie ;
- le thermalisme ;
- la zoothérapie.

Selon certaines enquêtes sur la consommation médicale, le nombre des patients ayant recours, de façon exclusive ou en complément à l'allothérapie, à ces traitements n'est pas négligeable. Ainsi et à titre d'exemple : 50% des français ont recours à une médecine non conventionnelle

(enquête de l'OMS 2002) ; 50% des femmes atteintes de cancer du sein utilisent des médecines complémentaires (enquête du service de carcinologie CHU de Sousse).

Les pratiques et soins entrant dans le cadre de la médecine non conventionnelle sont-elles autorisées dans notre pays ?
1. **Oui,** mais leur prescription à des tiers – par ordonnance à des buts thérapeutiques doit être le fait des seules personnes autorisées à exercer la médecine et remplissant les conditions suivantes : diplôme de docteur en médecine, inscription au tableau de l'Ordre des médecins (article : 1er de la loi 91-21 relative à l'exercice et à l'organisation de la profession) et auxquels de ce fait s'impose le respect des dispositions du code de déontologie, en particulier celles des articles 13, 26 et 32. Ainsi le médecin ne doit jamais formuler des prescriptions dans les domaines qui ne lui sont pas familiers et qui dépassent sa compétence et la qualification qui lui est reconnue (article 13) ; « il ne doit pas divulguer .... (dans le public non médical) un procédé de traitement insuffisamment éprouvé », il doit « limiter au nécessaire ses prescriptions et ses actes » (Article 33).

Conditions d'exercice de la médecine en tant que spécialiste ou compétent en Tunisie
Les modalités de reconnaissance des spécialités et des compétences sont fixées par arrêté du Ministre de la Santé Publique. Plusieurs arrêtés sont venus successivement définir ces modalités au fur et à mesure de la création de spécialités ou de compétences nouvelles. Le dernier date du 23 mai 2005.

L'Ordre des médecins est garant de l'honneur de la profession et de l'application des principes qui régissent son fonctionnement : tout médecin qui contreviendrait aux règles de bonne pratique professionnelle et aurait recours (sans mesure, ni tact) à des méthodes non – ou insuffisamment – validées serait passible de poursuites et de sanctions. Tel a été le cas de confrères qui – par référence à une mauvaise interprétation de préceptes religieux – traitaient une grande variété de troubles par pose, au cabinet, de ventouses et scarifications (de surcroît faites sans respecter les règles d'asepsie), ou de ceux qui prescrivaient des thérapeutiques alternatives onéreuses à des cancéreux à un stade avancé de leur maladie.

2. De ce qui précède, il découle que **exerce illégalement** la médecine et peut être poursuivi par l'Ordre des médecins (Conseil national de l'Ordre des Médecins) devant les juridictions répressives compétentes quiconque usurpe le titre de docteur en médecine ou le médecin qui prête son concours à une telle personne, (loi 91-21, relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de médecin dentiste, chapitre II articles 6 à 10).

Ainsi en vertu de la loi, l'Ordre a engagé des poursuites judiciaires contre un « praticien de l'apithérapie, dont les placards publicitaires publiés dans les journaux vantaient les vertus du miel, panacée universelle et remède à une gamme très étendue de maladies, dont la science n'a pas encore dévoilé les causes et les mécanismes et pour lesquels il n'existe pas de traitement autre que palliatif. En outre ce praticien délivre à son cabinet des soins (mithridatisation) pouvant avoir des effets secondaires graves.

Par ailleurs, l'intervention du Ministère de la Santé Publique auprès des organes de presse et des autorités a été sollicitée à différentes reprises pour qu'il soit mis un terme (au moins un frein déontologique) aux annonces (et aux promesses fallacieuses) des « médecins de l'âme » et autres « guérisseurs ».

CONCLUSION

Ainsi donc parler de pratiques médicales « parallèles » ne signifie pas qu'il existe deux systèmes de soins indépendants l'un de l'autre avec même degré d'efficience et de preuves scientifiques et choix possible et sans risque pour les patients de l'une ou l'autre de ces méthodes de soins concurrentes.Il s'agirait tout au plus, entre les mains des médecins éclairés de solutions alternatives ou complémentaires, dont l'indication obéit à des règles précises.

LA PRATIQUE DU CONTROLE ET DE LA PREVENTION DU DOPAGE: ce que le médecin doit savoir de la règlementation

L'ARRÊTÉ DU MINISTRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE L'EDUCATION PHYSIQUE DU 7/5/2008 établit la liste des substances et méthodes interdites pour les personnes dans le sport (JORT, n°39, 13/5/2008). Il s'agit notamment de substances et méthodes interdites :
• en cours et hors des compétitions (tels que : anabolisants, agonistes des narcotiques et cannabinoïdes, diurétiques et autres agents masquants ; dopage génétique ; «manipulation chimique et physique» (ex : la perfusion)
• en compétition : tous les stimulants (ex : adrénaline, éphédrine, strychnine, amphétamine...) et tous les glucocorticoïdes administrés par voie générale alors que l'administration par certaines voies locales (infiltration, inhalation) nécessite une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques ; la prescription de préparations topiques à base de glucocorticoïdes (cutanée nasale...) n'est pas soumise à restriction.

Le chapitre III est consacré aux substances interdites dans certains sports, tels que les sports mécaniques, le tir à l'arc, les boules, les sports de combat, le billard... il s'agit principalement de l'alcool et des beta bloquants.
Le chapitre V est consacré aux substances et méthodes interdites pour les cavaliers et jockeys.

LE DÉCRET N°2008-2681 DU 21/7/2008, fixe les conditions d'autorisation d'usage des substances et méthodes « habituellement » interdites.

Le texte complet du décret 2008-2681 (ainsi que celui de l'arrêté du 7/5/2008) peut être consulté sur le site de l'Ordre des Médecins http://www.ordre-medecins.org.tn/ ; ci-dessous les énoncés de certains articles :

Article 2 : - Les autorisations d'usage des substances et méthodes interdites dans le sport à des fins thérapeutiques sont octroyées par l'Agence Nationale de Lutte contre le Dopage moyennant :
- une demande écrite présentée par le sportif licencié auprès d'une fédération sportive et visée par le médecin de la structure sportive à laquelle le sportif appartient dans un délai de 30 jours au moins avant de participer à la manifestation sportive.
Si le sportif concerné par la demande d'autorisation est mineur, la demande écrite sus-indiquée sera présentée par son père ou son tuteur.
- une demande écrite présentée par le sportif proposé pour participer à une manifestation sportive dûment autorisée et visée par son médecin traitant dans un délai de 30 jours au moins avant de participer à la manifestation sportive.

Article 3 : L'octroi des autorisations d'usage des substances et méthodes interdites dans le sport à des fins thérapeutiques est soumis aux conditions suivantes :
- le demandeur de l'autorisation subirait un préjudice de santé significatif si la substance ou la méthode interdite n'était pas administrée dans le cadre de la prise en charge d'un état pathologique aigu ou chronique,
- l'usage thérapeutique de la substance ou de la méthode interdite ne devra produire aucune amélioration de la performance autre que celle attribuable au retour à un état normal de santé après le traitement d'un état pathologique avéré.
Aucune autorisation n'est octroyée pour l'usage de toute substance ou méthode interdite afin d'augmenter les niveaux naturellement bas d'hormones endogènes figurant sur la liste des substances et méthodes interdites en vigueur.
- l'inexistence d'alternative thérapeutique autorisée pouvant se substituer à la substance ou à la méthode figurant sur la liste des substances et méthodes interdites en vigueur,
- la nécessité d'utiliser la substance ou la méthode interdite ne doit pas être une conséquence partielle ou totale de l'utilisation antérieure pour des fins non thérapeutiques d'une substance ou méthode figurant sur la liste des substances et méthodes interdites en vigueur.

Article 8 : L'agence établit les formulaires et les soumet à la disposition des demandeurs d'autorisation obligatoirement en langue arabe en sus de la langue française ou anglaise.
Ces formulaires sont tenus dans un registre spécial et numéroté identifiant chaque catégorie d'autorisation et portant l'emblème de l'agence nationale de lutte contre le dopage.
La demande doit obligatoirement indiquer le lieu de résidence du demandeur ou l'adresse postale à laquelle l'agence peut répondre à l'intéressé.

Article 9 : La demande doit indiquer toute demande antérieure ou en cours de validité autorisant l'usage d'une substance ou une méthode interdite à des fins thérapeutiques.
Toute demande doit être accompagnée du dossier médical de l'intéressé visé par le médecin de la structure sportive à laquelle il appartient ou son médecin traitant. Ce dossier comprend un historique médical clair et détaillé comprenant les résultats de tout examen, analyse de laboratoire ou études par imagerie, liés à la demande d'autorisation.

Article 10 : - Chaque dossier médical doit être accompagné d'un rapport médical confirmant la nécessité d'usage de la substance ou méthode interdite et prouvant l'inexistence d'une alternative thérapeutique autorisée qui pourrait être utilisée dans le traitement de l'état pathologique précédant ou actuel du demandeur de l'autorisation.

LE DÉCRET N°2008-3937 (JORT, N°105, 30/12/2008) établit les critères et les modalités de prélèvement des échantillons biologiques.

Le prélèvement des échantillons biologiques (urines) y compris chez les animaux obéit à un rituel précis objet du décret. L'Agence organise des formations pour les personnels (dont les médecins) chargés de ce contrôle.

LUTTE CONTRE LE DOPAGE
ASPECTS DEONTOLOGIQUES

En août 2007, est publié au JORT, le texte de la loi relative à la lutte contre l'usage de produits/méthodes illicites, à des fins de dopage, par les pratiquants d'une activité sportive et physique, exercée dans le cadre ou en dehors d'une compétition. A cette fin, il est crée un établissement public, « l'Agence Nationale de Lutte contre le Dopage » dont la mission, ainsi que le champ des compétences, (éducation, formation, recherche, dépistage et contrôle) sont définis ; il est à noter que pour le volet « répressif » la gamme des sanctions pouvant être prises par les fédérations, se limite à des mesures disciplinaires en rapport avec le sport.

La lutte contre le dopage comporte plusieurs volets. Parmi la panoplie de moyens proposés, la loi met, à juste titre, l'accent sur l'éducation et l'incitation du pratiquant à se prémunir du risque (d'usage à caractère plus ou moins addictif de produits/méthodes dopants) par l'adoption de comportements et de pratiques favorables à l'épanouissement de la personne et à la préservation de la santé. Le médecin tient un rôle central à toutes les étapes de ce difficile « combat ». L'athlète est dans la tentation: comment alors l'aider à refuser d'entendre la voix des sirènes qui lui promettent – quelque soit le prix à payer – d'accéder à la célébrité et de prendre sa part du pactole distribué par l'industrie du sport spectacle, afin de s'assurer, au terme de sa brève carrière, un avenir stable et prospère ? C'est le dilemme auquel est confronté le médecin qui doit user auprès de tous les partenaires, l'athlète comme l'entourage, de doigté, de fermeté, de pédagogie - outre sa compétence clinique et scientifique.

Quelque soit son statut – soignant salarié à plein temps ou conventionné, contrôleur ou expert – le médecin du sport doit respecter la déontologie de sa profession et ne rien faire qui altère son image et son honneur ; il ne doit en aucun cas et quelque soient les motifs qui pourraient l'y pousser, prêter son concours à des « expériences » que l'éthique médicale et l'équité sportive reprouvent (et que la loi punit). Il est tenu au secret professionnel dont même son « client » (le sportif) ne peut le délier, tout comme il doit sensibiliser les autres membres de l'encadrement au respect de ce secret. Il est des « proximités » avec lesquels le médecin doit garder la distance – professionnelle – nécessaire.

LA PRATIQUE DE L'IMAGERIE MEDICALE
DANS LE SECTEUR PRIVE [1]

[1]Propositions du COM au MSP, suite à l'étude réalisée par : les Docteurs E. Menif, S. Chtourou, S. Dimassi, M. Liouane, Z. Missaoui, K. Amamou, H. Turki

1. ETAT DES LIEUX

1. DEMOGRAPHIE MEDICALE :
Il n'existe pas de surpopulation de spécialistes en imagerie médicale (MSIM) ; mais un déséquilibre dans la répartition des spécialistes.

Au 31/12/2009, le nombre de spécialistes inscrits est de 383; 326 sont en activité (tableau ci-dessous), 42 sont en quête d'installation et 13 à l'étranger, soit 4 environ pour 100.000 contre 13 en France.

Par ailleurs, l'imagerie médicale n'est plus considérée comme une spécialité mais comme une discipline. En effet, il y'a autant de spécialités d'organe en imagerie médicale que de spécialités médicales et chirurgicales auxquelles il faut ajouter la radiologie interventionnelle avec ses différentes spécialités.

Le regroupement de MSIM, en particulier, de spécialistes « d'organe », n'est pas encore une pratique très répandue dans le secteur libéral. Celui-ci, outre les avantages matériels qu'il présente, offre une garantie de qualité et de sécurité pour les patients.

Gouvernorats	Nbre spécialistes	Gouvernorats	Nbre spécialistes	Gouvernorats	Nbre spécialistes
Tunis	121	Mahdia	6	Béja	5
Ariana	20	Monastir	16	Le Kef	2
B.Arous	15	Sousse	34	Jendouba	
Manouba	4	Sfax	41	Siliana	
Bizerte	12	S.Bouzid	2	Gafsa	4
Zaghouan	1	Gabès	6	Kebili	
Nabeul	15	Medenine	9	Tozeur	1
Kairouan	8	Tataouine	1	Kasserine	3
				Total	326

2. DES MODALITÉS D'INSTALLATION :

2.1. L'installation du MSIM obéît, comme pour tout autre spécialiste, au Code de déontologie médicale, en particulier son chapitre VI qui organise l'exercice de la médecine de libre pratique (plus spécifiquement les articles 82, 84, 88, 92, 93, 95, 96, 97 et 98), dont on peut retenir ce qui suit :

a) Un médecin Spécialiste en Imagerie Médicale (MSIM) peut exercer en cabinet individuel ou de groupement de spécialistes, dans un centre de diagnostic ou dans le cadre d'une société civile professionnelle. Il est à noter que selon les dispositions de l'article 92, les MSIM ne peuvent pas exercer dans un cabinet de groupe ;
b) Les prestations du spécialiste dans un établissement sanitaire privé sont réservées aux seuls malades hospitalisés;
c) Lorsqu'il exerce dans le cadre d'une société civile professionnelle, il doit y consacrer toute son activité professionnelle libérale.

Le praticien qui projette de s'installer est confronté aux problèmes suivants :

• Le cadre d'installation nécessite d'être clarifié (concilier entre l'autorisation d'exercice accordée par le Ministère de la Santé Publique et l'agrément du conseil de l'Ordre, préalablement à l'installation) ;
• Les modalités du contrat entre MSIM et cliniques doivent être mieux codifiés ;
• Les centres d'imagerie médicale au sein des cliniques sont souvent détournées de leur mission première à savoir les prestations aux malades hospitalisés ;
• Le groupement en centre de diagnostic autorisé par les articles 88 et 92 du CDM, n'est pas prévu par les autres textes réglementaires.

2.2. A côté du CDM, certaines lois et décrets régissent l'activité médicale dans le secteur libéral.
Ainsi, loi 91-63 du 29 juillet 1991 relative à l'organisation sanitaire :
o Classe les établissements sanitaires privés en hôpitaux privés, cliniques pluridisciplinaires, polycliniques, cliniques monodisciplinaires, et établissements sanitaires à but non lucratif.
o Soumet à autorisation l'installation d'équipements matériels lourds au sein des établissements sanitaires privés
o Définit les équipements matériels lourds : Sont considérés comme équipements lourds, les équipements mobiliers destinés à pourvoir au diagnostic, à la thérapeutique ou à la réadaptation fonctionnelle des malades et qui ne peuvent être utilisés que dans des conditions d'installation et de fonctionnement particulièrement onéreuses.

Quant à l'arrêté des ministères des finances, de l'économie nationale et de la santé publique du 5 novembre 1991, il fixe la liste des équipements matériels lourds, dont pour la radiologie :
* Scanographes à utilisation médicale
* IRM
* Appareils d'angiographie numérisée et de sériographie à cadence rapide.

L'arrêté des ministères des finances, de l'économie nationale et de la santé publique du **30 novembre 1995** élargit la liste des équipements matériels lourds et y inclut :

* Ostéodensitomètre
* Echo-Doppler couleur
* Echocardiographe avec Doppler couleur

Le **décret 93-1915** définit la Clinique monodisciplinaire comme étant un établissement de prévention, de soins curatifs et palliatifs, de diagnostic, d'hospitalisation et de réadaptation fonctionnelle, dans lequel sont dispensées des prestations à caractère médical ou chirurgical ou de gynécologie obstétrique.
Sont **considérés** ou **assimilés** à des cliniques monodisciplinaires **les établissements de soins ou de diagnostic utilisant des équipements lourds (loi 91-63).**

Ainsi tous les cabinets de radiologie pourraient bénéficier d'une autorisation d'exploitation d'une clinique monodisciplinaire, à la condition de se soumettre au cahier des charges relatif aux établissements privés, aussi bien dans ses dispositions communes que dans la désignation et les prérogatives de la direction. La multiplication des contraintes qui accompagnent l'exploitation d'une clinique monodisciplinaire par les MSIM incite à s'interroger sur les raisons de la préférence de ces derniers pour ce statut. Pourquoi les MSIM cherchent-ils un cadre particulier pour leur installation ? Pourquoi ne se suffisent-ils pas de celui proposé dans le CDM ?
La réponse réside dans le coût de l'installation dans un cabinet de radiologie. Les équipements, destinés à pourvoir au diagnostic, ne peuvent être utilisés que dans des conditions d'installation et de fonctionnement particulièrement onéreuses.
Or les cliniques monodisciplinaires obéissent à l'article 58 de la loi 91-63 du 29 juillet 1991 qui stipule que l'exploitant d'un établissement de soins privé (ESP) prévu à l'article 40, dûment autorisé en application des

dispositions de cette loi, bénéficie des avantages accordés aux activités de service, essentiellement des exonérations fiscales et l'accès à certains procédés de publicité.

Autre difficulté dans **les établissements de diagnostic et de soins utilisant des équipements lourds, seuls sont autorisés à exercer les médecins y exerçant exclusivement** sauf dérogation accordée par le MSP (Art 18 du décret 93-1915). Ce qui soulève un certain nombre d'interrogations.
- Les vacations de MSIM, exploitant une clinique monodisciplinaire, dans d'autres établissements sanitaires privés sont-elles réglementaires ?
- Le MSIM peut-il être conventionné ou salarié dans une clinique monodisciplinaire ?
- L'accès du matériel de la clinique monodisciplinaire à des MSIM installés ailleurs (en cabinet, SCP) est-il autorisé ?

Enfin, **l'arrêté du 16 mai 2000** a abrogé les dispositions de l'arrêté du 30 novembre 1995 avec pour conséquences :
• Des MSIM qui ne sont pas soumis à une même réglementation, ni aux mêmes privilèges, même à équipements équivalents
• De nombreuses infractions au CDM puisque l'ensemble des MSIM prétend bénéficier des avantages accordés aux cliniques monodisciplinaires, au moins au niveau de la signalisation.
• Un exercice non réglementé au niveau des établissements sanitaires privés.
Cette situation est d'autant plus pénalisante que les autorisations d'équipements lourds sont préférentiellement accordées aux ESP / cliniques pluridisciplinaires et polycliniques. De plus, alors que l'article 84 CDM stipule que « les prestations… sont réservées aux seuls malades hospitalisés dans ces établissements », les services d'imagerie médicale des cliniques se sont substitués aux « centres » et « cabinets » de radiologie, avec la bénédiction du Ministère de la Santé Publique : ainsi les prises en charge de la CNAM (TDM / IRM) sont accordées au bénéfice des ESP, à des consultants externes, voire à des patients hospitalisés dans des hôpitaux publics ; des autorisations d'exercice dans les services d'imagerie médicale des cliniques sont accordées aux bénéficiaires de l'activité privée complémentaire (APC).

Les MSIM du secteur privé sont confrontés à un problème d'accès au matériel performant de diagnostic, en l'occurrence TDM et IRM, du fait de la « quasi-exclusivité d'accès » réservé aux médecins des cliniques.
Alors que l'autorisation d'exploitation du matériel ionisant accordée aux cliniques est provisoire et individuelle, sous la responsabilité du MSIM contractuel avec la clinique (donc supposé à temps plein), les autorisations sont délivrées sans vérifier le visa de la convention par le CROM ; elles sont renouvelées automatiquement sans vérifier que le contrat est toujours en cours de validité.

3. des modalités de rémunération :
La rémunération des MSIM dans les cliniques pose de nombreux problèmes :
• La pratique d'examens, en l'absence du médecin, rendus au patient sans être accompagnés d'un compte-rendu ;
• La perception des honoraires du médecin par la clinique.
• Le forfait médical dans la facturation des actes n'est pas défini par la nomenclature,
• Les fourchettes ordino-syndicales ne sont pas respectées.
• Le forfait technique n'est pas précisé ; au cours de la facturation des actes, il n'est tenu compte ni du type d'équipement, ni de son ancienneté. Il n'est nulle part fait mention de la durée à partir de laquelle les équipements sont amortis, ni de l'obligation de renouvellement des équipements.
• De plus en plus de jeunes MSIM sont « embauchés » dans des « centres de radiologie » et salariés

Au terme de cette analyse, on peut conclure à l'absence de problèmes de démographie médicale dans la spécialité. A l'inverse, l'harmonisation des textes régissant la pratique de l'imagerie médicale en milieu libéral s'impose notamment :
- Le classement des cabinets de radiologie parmi les centres spécialisés,
- La révision des critères d'autorisation de matériel lourd,
- La définition du cadre de l'exercice contractuel des médecins,
- La confirmation ou la redéfinition du statut des « départements d'imagerie » des cliniques

Par ailleurs, plusieurs arguments plaident en faveur du regroupement des MSIM, en particulier :
- Des avantages techniques : potentialisation des compétences et donc amélioration des performances diagnostiques et de la prise en charge des patients.
- Un intérêt financier : le regroupement permet l'accès à des plateaux techniques performants, la rationalisation des installations de matériels lourds et la réduction des coûts d'installation et de fonctionnement des centres d'imagerie médicales.

II. PROPOSITIONS ORDINALES :

1- DES MODALITES D'INSTALLATION :
La création d'un cadre spécifique à l'installation des médecins radiologues s'impose eu égard aux particularités d'exercice de la discipline et de l'importance de l'investissement dans un « cabinet » de radiologie.
Le mode d'installation des MSIM peut se concevoir selon 2 modèles :

1.1 L'installation en « **Clinique d'Imagerie Médicale** » qui obéit à certaines conditions :
• association d'au moins 2 MSIM,
• dispositions particulières inspirées du cahier des charges d'une clinique monodisciplinaire. Ce statut

permettait à la «clinique d'imagerie médicale» (ainsi qu'aux MSIM qui y exercent) de :
- bénéficier des mêmes privilèges que la clinique mono-disciplinaire ;
- harmoniser (définir) les modalités de signalement (panneaux, plaques…) à l'instar des laboratoires d'analyse biologique.
- établir une convention avec des MSIM exerçant dans d'autres structures.
Par ailleurs, le MSIM attaché à une clinique peut être autorisé à exercer à temps partiel dans un autre établissement de santé.
L'association (autorisation d'installation et d'utilisation en commun d'équipements lourds) avec le secteur public pourrait être envisagé.

Le mode de rémunération au sein de ces cliniques exclut le salariat des médecins ; il se base sur la perception d'honoraires tels que prévus par la nomenclature et la fourchette ordinosyndicale.

1.2 L'installation individuelle en **cabinet de radiologie**, obéissant à la réglementation en vigueur.

2- DES MODALITÉS D'EXERCICE DANS LES CLINIQUES :
Les centres d'exploration des cliniques devront être soumis aux mêmes modalités d'attribution de matériel lourd :
- même quota pour l'autorisation d'IRM et de scanner ;
- regroupement d'au moins 2 à 4 radiologues pour le scanner et 5 radiologues pour l'IRM ;
Parmi les médecins conventionnés dans une clinique, un médecin coordinateur doit être désigné pour une période définie, assurant l'organisation du fonctionnement du département d'imagerie et la coordination avec le centre national de radioprotection. Cette fonction devra faire l'objet d'une convention à part visée par l'ordre ;
- toutes les conventions établies entre une clinique et des médecins radiologues devront être soumises à l'approbation du conseil de l'ordre. La rémunération doit obéir au principe de paiement des honoraires selon la nomenclature et la fourchette ordino-syndicale, le salariat est exclu ;
- il est entendu que la facturation d'un acte d'imagerie médicale comporte un forfait technique et les honoraires du médecin doivent lui revenir en toutes circonstances.

3- DES PRINCIPES D'AUTORISATION D'ÉQUIPEMENTS LOURDS : LES NORMES
Discuter au sein d'une commission réunissant l'Ordre, le ministère de tutelle et les représentants de la profession les propositions suivantes :
3.1. Réviser la carte sanitaire : en consultant l'indice de besoins français, pays considéré comme relativement « sous équipé », et en apportant des ajustements qui tiennent compte des moyens de notre pays, les propositions suivantes peuvent être étudiées :

❑ **IRM :**
o L'indice de besoin français, est de
au minimum un appareil par tranche de 190 000 habitants
au maximum un appareil par tranche de 140 000 habitants

Ce qui pourrait se traduire pour la Tunisie par :
o 1 IRM par CHU (hors quota).
o 1 IRM au moins par tranche de 400 000 habitants dans le secteur libéral

❑ **Scanner :**
o L'indice de besoin français, est de
au minimum un appareil par tranche de 100 000 habitants
au maximum un appareil par tranche de 90 000 habitants.

Ces normes peuvent s'appliquer à la Tunisie étant donné la multiplication des indications des explorations scannographiques en pratique courante et le développement du tourisme de santé.

Une exception le scanner 64 barrettes, dont l'apport est lié à une activité cardiaque et vasculaire. Ce qui nous incite à proposer la norme de :
• 1 par hôpital ayant une activité cardiovasculaire
• 1 par clinique de plus de 60 lits ayant une activité cardiovasculaire

❑ **PET Scan :** les normes européennes, sont de 1 PET Scan par 800 000 habitants. Il paraît approprié de retenir ces normes en ne considérant peut être pas les installations publiques hors quotas, compte tenu du coût d'acquisition de l'installation et des exigences liées à son fonctionnement.

3.2. Les autorisations d'exploitation de matériel lourd doivent être délivrées à la condition que **l'accès à l'équipement soit possible à un groupe de médecins spécialistes** ; l'objectif étant d'augmenter significativement le nombre de radiologues ayant accès au scanner et à l'IRM, d'où l'utilité de créer des « **Centres Inter-établissement d'Imagerie** ». Ainsi, les autorisations devront, outre les prescriptions de la carte sanitaire, obéir aux règles suivantes :
- Un scanner multibarrettes : au moins pour une clinique d'imagerie médicale ou deux cabinets de radiologie
- Un scanner 64 barrettes ou plus et/ou une IRM pour au moins 2 cliniques d'imagerie ou 4 cabinets de radiologie
- Pet-Scan : une équipe conjointe réunissant au moins 3 MSIM et 3 spécialistes en médecine nucléaire
Ces équipements, lorsqu'ils sont installés en dehors du centre d'exploration où sont domiciliés les MSIM concernés, devraient être dans un local qui leur est exclusivement réservé (pas d'autres équipements d'imagerie conventionnelle) afin d'éviter toute confusion avec des cabinets secondaires.

- **Seuls les équipements lourds installés dans les CHU doivent rester hors quotas** : activité de soins mais également de formation et de recherche.
- **Les équipements lourds installés dans les cliniques ne doivent plus être comptabilisés hors quotas** étant donné l'accès des patients externes aux départements d'imagerie des cliniques.
- Pour les nouvelles installations :

o **N'autoriser que des scanners multibarrettes** (à partir de 2 barrettes) car le coût de l'examen sur un scanner entrée de gamme est pratiquement équivalent alors que les performances diagnostiques sont nettement inférieures (risque de surcoût puisque les examens risquent d'être refaits presque toujours à la charge de l'Etat).

o **Réglementer l'installation des IRM bas champs** (< 1tesla) qui posent le problème des performances diagnostiques lorsqu'elles sont utilisées dans des applications qui dépassent leurs possibilités techniques. Les IRM bas champ et à champ modéré doivent être utilisées (conformément aux recommandations de l'ANAES) dans des centres d'imagerie médicale en association avec des appareils à champ élevé. Leurs indications sont limitées à la pathologie ostéo-articulaire et au suivi de pathologies neurovasculaires.

- Réglementer le renouvellement des équipements
- Encourager **les autorisations d'installations d'équipements « mixtes » financés et exploités à la fois par le public et le privé.**

LE PRINCIPE DE PRÉCAUTION : SES LIMITES

M. Hessairi (INSP)

INTRODUCTION

Le principe de précaution, apparu il y a une vingtaine d'années dans le secteur de l'environnement, s'est rapidement imposé comme un mode de raisonnement et de gestion incontournable pour les acteurs de la sécurité sanitaire. Reposant sur la notion de risque potentiel et non pas sur la notion de risque avéré, ce principe connaît des limites au niveau de son application dans le domaine des soins, de la santé publique et de la recherche. En effet, le risque potentiel correspond à des craintes dont les fondements théoriques existent ; néanmoins, certains risques potentiels peuvent s'avérer nuls alors que les risques avérés ne sont, par définition, jamais nuls.

LIMITES DU PRINCIPE DE PRECAUTION DANS LE DOMAINE MEDICAL

Le risque est au cœur de la médecine de soin. Le choix d'une thérapeutique repose sur un calcul faisant intervenir trois ordres de probabilités : celle des risques de la maladie, celle des effets bénéfiques escomptés de la thérapeutique, mais aussi celle des effets indésirables de cette thérapeutique. Il n'existe pas d'autre alternative pour établir le rapport bénéfices/risques que de faire ce raisonnement probabiliste et, dans ce raisonnement probabiliste, pas d'autre possibilité que de prendre en compte les événements les plus courants. Prendre en compte l'événement exceptionnel, à plus forte raison le risque non avéré, tel que l'entend le principe de précaution est incompatible avec cette démarche probabiliste. Selon Martin , le principe de précaution impose un devoir que l'on serait tenté d'appeler de prévision de l'imprévisible, ou plus exactement du peu prévisible.

LIMITES DU PRINCIPE DE PRECAUTION DANS LE DOMAINE DE LA SANTE PUBLIQUE

Dans le domaine de la santé publique, la distinction entre précaution et prévention est importante. Kourilsky et Viney indiquent que « la précaution est relative à des risques potentiels et la prévention à des risques avérés ». La mise en application du principe de précaution dans le domaine de la santé publique pourrait entraver la rationalité des décisions. C'est ainsi que la médiatisation du principe de précaution lié à une méconnaissance par le public des différences entre risques potentiels et risques avérés conduit trop souvent à ce que des risques hypothétiques soient perçus comme des risques réels. L'importance des mesures prises contre ces risques potentiels conduisent à donner une image du risque potentiel plus effrayante que celles de risques bien réels mais familiers.
David [1998] souligne un autre effet pervers du principe de précaution : c'est «l'impossibilité de démontrer que la non survenue du danger supposé relève de l'erreur, de l'hypothèse ou au contraire de l'efficacité des mesures ». Par là même, l'utilisation du principe de précaution empêche l'évaluation, à posteriori, de la décision prise. David conclue que « la précaution, qui ne tolère pas l'incertitude temporaire, se condamne de fait à une incertitude beaucoup plus étendue ».

Il est à craindre, que les coûts des mesures de précaution soient très élevés et sans véritable rapport avec le risque. Ce risque est d'autant plus élevé qu'il peut être difficile, à posteriori, de mesurer le véritable rapport coût/efficacité des mesures qui ont été prises.

Par ailleurs, Kourilsky et Viney soulignent le risque que fait courir la responsabilité pénale qu'encourent maintenant les décideurs : « il est à craindre que la tendance à la pénalisation alimente chez les décideurs une peur du procès pénal qui les amènerait à faire un usage excessif du principe de précaution pour fuir leurs responsabilités ». Cette attitude est illustrée par l'attitude des autorités françaises, suite à la survenue de complications imputées au vaccin contre l'hépatite B. L'utilité de cette vaccination dans la protection contre une maladie qui entraîne un pourcentage notable

de complications graves a été parfaitement établie. La survenue dans les années 1990 d'un certain nombre de complications nerveuses aiguës soupçonnées d'avoir été provoquées par la vaccination (malgré l'absence de preuves formelles d'un lien de causalité de ces complications avec la vaccination) a conduit les décideurs, en vertu du principe de précaution, à suspendre en 1998 les campagnes de vaccination en milieu scolaire. Cette décision a été déplorée par la majorité des spécialistes français et totalement incomprise des autres pays (en particulier aux Etats-Unis) fermement engagés en faveur du maintien de la vaccination du fait du caractère peu probant de la relation avec les complications nerveuses évoquées. De fait de nombreux travaux ont permis d'éliminer cette hypothèse ; les pouvoirs publics se sont prononcés pour une reprise de la vaccination, tout particulièrement chez les nourrissons, âge auquel aucune complication n'avait jamais été signalée.

L'analyse à posteriori des raisons de la décision politique a bien mis en évidence le rôle décisif joué par l'introduction dans le raisonnement bénéfice/risque d'un risque non prouvé, celui de complications nerveuses, qui s'est révélé non fondé. **Ainsi a-t-on basculé d'une démarche de prévention dans une démarche de précaution dont on constate maintenant la gravité des conséquences puisqu'elle laisse sans protection à l'égard de risques majeurs une large partie de la population.**

LE PRINCIPE DE PRECAUTION, UN OBSTACLE MAJEUR A LA RECHERCHE MEDICALE

Le principe de précaution est, en matière de recherche, dans une situation paradoxale, paraissant à la fois nécessaire et néfaste. Nécessaire car on ne peut nier que, même précédé d'une expérimentation animale suffisante et rassurante, le passage à la phase humaine de toute recherche comporte bien des incertitudes quant à son innocuité. Néfaste car, en raison des risques possibles non compensés par des bénéfices, en particulier lorsque l'on recourt à des volontaires sains, l'application du principe de précaution devrait interdire l'expérimentation humaine. La mise en application du principe de précaution ne pourrait conduire qu'à une régression des acquis médicaux et à une paralysie de l'innovation thérapeutique.

CONCLUSION

Si le principe de précaution apparaît aujourd'hui comme une composante incontournable de la gestion de la sécurité, il semble nécessaire, compte tenu des inconvénients que son application trop large ne manquerait pas de faire peser sur le fonctionnement sociétal, d'encadrer l'application de ce principe d'un certain nombre de garde-fous. C'est ainsi que les instances internationales ont commencé à réfléchir sur ce que pourrait être l'application raisonnée du principe de précaution et proposent des principes d'action importants à savoir que :
- Il est nécessaire de commencer par une tentative d'évaluation du risque qui devra bien identifier le degré d'incertitude scientifique à chaque étape.
- Les mesures devaient être proportionnées au risque envisagé.
- Les mesures devraient tenir compte d'une évaluation bénéfice/coût.
- Les mesures devraient toujours avoir un caractère provisoire dans l'attente des recherches spécifiques effectuées pour générer les données manquantes, afin de réaliser une évaluation des risques plus objective.

Lepage C. ~ Que faut-il entendre par principe de précaution ? Gazette du palais, 8 et 9 octobre 1999, 7-11.
Soyeux Y. ~ La place du principe de précaution dans le droit de l'alimentation. Bulletin de l'académie vétérinaire de France, 1996, 69, 25-40.

POINT DE VUE
LE PRINCIPE DE PRECAUTION OBLIGE A EXAGERER LA MENACE [1]

"... En France, le principe de précaution a été entendu comme principe de responsabilité de l'Etat, notamment à l'occasion de l'affaire du sang contaminé (et aussi de la vaccination contre la grippe H1N1). Ce principe a donc été réfléchi en fonction des responsabilités qu'il pourrait engager. Il est devenu à la fois un épouvantail et un principe de couverture : en faire trop pourrait protéger d'une mise en cause éventuelle.
Par ailleurs, le principe de précaution peut être considéré comme 'un processus de délibération qui ne préjuge pas de la décision finale : en situation d'incertitude, j'analyse tous les paramètres et j'opte pour la solution la plus adaptée ; ou bien j'interprète le principe de précaution en décidant qu'à partir du moment où il y a une incertitude, je suspends toute action, j'omets d'agir : c'est la logique du moratoire...

... Le principe de précaution commande de donner le plus grand poids au plus petit risque. Il oblige à exagérer la menace ; mais avec le temps qui passe, on découvre que les choses ne sont pas comme on les avait imaginées : il faut alors s'adapter.
Dans une conjoncture de précaution, les politiques ne gèrent pas seulement le risque objectif, difficile à établir scientifiquement en raison du manque de connaissances, mais aussi le risque subjectif, créé par l'imaginaire collectif autour de la menace. La dimension de la communication, la gestion des craintes absorbent la gestion du risque "réel". Les communicateurs prennent les choses en main et les politiques sont liés...

Dans le cas de la vaccination contre la grippe H1N1, on a assisté au croisement de deux logiques : une logique étatique classique, vaccinale et préventive, qui suppose que tout le monde va obéir aux prescriptions d'hygiène publique. Et une logique presque postmoderne selon laquelle on ne peut pas gouverner les gens par obligation parce qu'ils décident de ce qu'ils font, en fonction de l'information qu'ils reçoivent et de leurs propres jeux de valeurs. C'est une des dialectiques du principe de précau-

tion : il ne conforte pas la légitimité du pouvoir de l'Etat, il disperse la décision au niveau des individus.
Cette gestion de crise révèle une situation éminemment contemporaine. L'Etat est pris dans cette double obligation d'avoir à offrir tous les moyens (pour la vaccination) alors que les moyens seront utilisés librement par chacun. D'une certaine manière, le prix des vaccins en trop, c'est le prix de la liberté des gens ! Car s'ils voulaient se faire vacciner et que vous n'aviez pas les doses correspondantes, ils vous le feraient payer très cher...

Avec le principe de précaution, on revient sur cette ascèse chère aux philosophes du XVIIIe selon laquelle un jugement juste devrait être dépassionné. Nous revendiquons un nouvel usage des émotions, de la peur en particulier, qui ne préserve pas de l'erreur. Le principe de précaution prive la décision publique de sa légitimité. Enfin, en raison de l'exagération des émotions qui le constitue, il tend à placer la société dans une situation de crise, d'urgence permanente comme on le constate par exemple avec la question du climat...”

1. (d’après F. Ewald : interview à propos de la campagne de vaccination anti grippale H1N1 en France, janvier 2010)

MISE EN PLACE D’UNE STRATEGIE DE PREVENTION DE L’OBESITE

L’obésité et les maladies associées (diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie, maladies cardiovasculaires, cancers, maladies articulaires) progressent rapidement en Tunisie. Cette progression est liée aux modifications des modes de vie dans le domaine de l'alimentation, des transports, des rapports sociaux.
C’est ainsi que la surcharge pondérale touche 71,1% des femmes et 52,1% des hommes, âgés de 35 à 70 ans. Il en est de même pour l’obésité qui affecte 36,9% des femmes de la même tranche d’âge et 14,2% des hommes ; la prévalence du surpoids est passé de 3,1% à 17,4% chez les adolescents et de 11,9% à 20,7% chez les adolescentes en l’espace de 10 ans (1996/2005).
Quant au diabète, alors que 8,8% des hommes de 20 ans et 9,5% des femmes en étaient atteints en 1996/1997, ce taux est de 17,8% des hommes et 16,5% des femmes de 35 à 70 ans, en 2005.
Les autres facteurs de risque des maladies cardiovasculaires gagnent du terrain. Près du tiers des hommes âgés de plus de 35 ans et 41% des femmes souffrent d’hypertension artérielle.
L’hypertriglycéridémie affecte 30,1% des adultes de 35 à 70 ans, alors que l’hypercholestérolémie touche 5,9% des adultes du même âge (5% des hommes et 8,1% des femmes).
Enfin, malgré l’intensification de la lutte anti-tabagique, les taux de fumeurs dans la population adulte sont stables (plus de 40% des hommes ; 1% des femmes).
La prévention de la surcharge pondérale et de l’obésité est devenue prioritaire, alors que dans une période récente, on se préoccupait essentiellement de la prévention de pathologies carentielles (malnutrition infantile, anémie de la femme allaitante…).
En vue d’identifier les stratégies appropriées l’Institut National de Nutrition et de Technologie Alimentaires met en œuvre dans un cadre de coopération entre institutions maghrébines et européennes, et en étroite collaboration avec des institutions nationales (INSP, DSSSB, DMSU) un projet dont les composantes sont :
1. une enquête nutritionnelle : elle sera menée sur un échantillon représentatif de la population âgée de 2 à 49 ans, habitant le Grand Tunis. Elle comprendra des mesures anthropométriques ((poids, taille, tour de taille, tour des hanches), la prise de la tension artérielle, des analyses biologiques (glycémie, triglycéridémie, protoporphyrines, zinc plasmatique, calcémie). Les caractéristiques socioéconomiques, alimentaires et de modes de vie seront également inventoriés ainsi que les attitudes, les perceptions et les représentations.
2. une étude dite « acteurs clés » (décideurs politiques, responsables des secteurs en relation avec l’alimentation et l’état de santé de la population, consommateurs, etc…) : elle consiste à recueillir, par entretien dirigée, leur avis sur les options proposées pour lutter contre l’obésité.

RESPECT DE LA CHAINE DU FROID POUR LES PRODUITS DE SANTE [1]

Pour les produits pharmaceutiques, les risques liés aux écarts de température se produisent dans les circonstances suivantes :
- Lorsque la température du produit se situe au dessous de 2°C ou au dessus de 8°C pendant la fabrication, l’emballage, le transport ou la distribution ;
- Lors de l’administration de soins au patient si le produit n’est pas conservé à la température requise ;

Pour assurer le respect de la chaîne du froid, certaines précautions doivent êtres respectées à tous les niveaux (production, transport, stockage…) ; les bonnes pratiques spécifiques au respect de la chaîne du froid doivent être précisées.
Le professionnel de santé est l’utilisateur final des produits de santé ; si ces produits ne sont pas conservés à la température requise, les déviations de température peuvent

altérer leur qualité. Il est donc nécessaire – par le contrôle et l'inspection ainsi que par des actions de sensibilisation – de motiver les praticiens à respecter les normes de stockage, de distribution et d'administration.

Les principales déviations observées sont :
- la surchauffe qui entraîne une dégradation des protéines avec une modification de leur structure,
- la congélation avec pour conséquence une perturbation mécanique, le composant étant scindé par les cristaux de glace avec possibilité de perte de stérilité (si fissuration di contenant), séparation de phases et précipitation de solutions.
- les cycles de dégel peuvent entraîner l'agrégation et la libération de l'ammoniaque des amides des protéines et compromettre la structure ; ces cycles se produisent suite à une exposition répétée à des températures situées au dessous de -0,5°C et au dessus de -0,5°C

Actuellement la garantie de qualité des produits de santé soumis à la chaîne du froid repose sur « le préjugé » favorable accordé aux divers intervenants. Toutefois des textes réglementaires doivent être mis en place, définissant :
- les moyens nécessaires et les normes en équipements et en ressources humaines ;
- les procédures de conservation ;
- les modalités du contrôle et de sanction des contrevenants;
- les procédures de maintenance préventive et curative ;
- la qualification et la formation continue des opérateurs ;
La préservation de la qualité des produits de santé nécessite que les divers intervenants veillent au maintien d'une température fixe ce qui doit être vérifié, généralement par des audits et des inspections périodiques (en particulier pour les grands gestionnaires et dépositaires des produits de santé : PCT, DSSB, grossistes répartiteurs…) afin de mettre en évidence les éventuelles défaillances et y remédier à temps.

Rapport de la journée organisée par l'Agence Nationale de contrôle sanitaire et environnemental des produits (Directeur Général : Dr Alya Mahjoub Zarrouk) et le PCT (synthèse)

MUTUELLE DE LA SANTE PUBLIQUE

Les représentants de la Mutuelle de la Santé Publique ont été reçus par le conseil national de l'Ordre des médecins. Ils nous ont informé des programmes mis en œuvre par cet organisme. Une synthèse des prestations offertes est présentée ci-après ; actuellement la totalité des adhérents sont des médecins exerçant dans le secteur public ; la possibilité d'étendre l'offre aux médecins du secteur privé serait à l'étude.

LISTE DES SERVICES

- Colonies de vacances familiales, organisation de voyages en Tunisie et à l'étranger ;
- Prêts bancaires pour l'achat de voitures (à travers les banques)
- Prêts immédiats jusqu'à 1.500.000 D ;
- Participation aux congrès Maghrébins ;
- Participation à nos séminaires et nos colloques nationaux comme conférencier ;
- Convention avec l'assurance STAR : les adhérents bénéficient de réduction sur l'assurance auto ;
- Assurance complémentaire maladie : pour les soins courants, la chirurgie, les examens complémentaires, le thermalisme, la chirurgie dentaire, les prothèses, la lunetterie ;
- Services d'aide sociale spécifiques sous forme d'assistance aux personnes âgées, aux handicapées et aux orphelins.

Pour plus d'informations, contacter la Mutuelle au 7 rue de Pologne - Bab Saadoun Tunis ; Tel 71 564 006-71 562 079 ou téléphoner au Service des médecins (Mlle Samira Draoui - 98 257 630)

LIVRET SANTE

Livret santé est un périodique, à parution mensuelle dédié à l'information médicale et à l'éducation pour la santé. Il comporte de nombreuses rubriques traitant de sujets d'actualité (médicale, sociale, culturelle) suffisamment diversifiés, pour qu'un large public, incluant les médecins y trouve intérêt et motivation à collaborer (par des contributions personnelles pour le choix des thèmes….)

14, Impasse de Boulogne, Mutuelleville – 1082 Tunis

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES
OBLIGATION D'EXERICE DANS UNE REGION SANITAIRE PRIORITAIRE

Décret n 2009-3353 du 9 novembre 2009, complétant le décret n° 2009-772 du 28 mars 2009, fixant le statut particulier du corps des médecins hospitalo-universitaires.
Article premier - Est ajouté aux dispositions du décret n° 2009-772 du 28 mars 2009 susvisé, un article 19 (bis) ainsi qu'il suit :

Article 19 (bis) - Indépendamment des dispositions de l'article premier du présent décret et **avant de rejoindre leurs postes d'affectation**, les assistants hospitalo-universitaires en médecine sont tenus d'exercer pendant une année dans l'une des structures sanitaires publiques dans les régions sanitaires prioritaires et dans les spécialités mentionnées à l'arrêté du Premier ministre fixant les régions sanitaires prioritaires pour l'octroi de certains avantages au profit de certains corps particuliers du ministère de la santé publique y exerçant dans certaines spécialités.

Tunis, le 9 novembre 2009.

COMITE TECHNIQUE DES MEDICAMENTS

Le 7/1/2010, s'est tenue, sou la présidence du Ministre de la Santé Publique, la réunion du comité technique.

Le Ministre a rappelé à cette occasion les objectifs nationaux fixés lors du Conseil Ministériel Restreint (CMR) du 22/11/2009, à savoir :
- l'augmentation de la production locale de 10% par an pour faire passer la couverture des besoins en médicaments de 47% actuellement à 60% en 2016 ;
- la multiplication des exportations par 5 d'ici l'horizon 2014-2016 ;
- le développement de la production de médicaments vétérinaires, de vaccins et de sérums.

Pour la réalisation de ces objectifs, les actions à mettre en œuvre sont les suivantes :

1. Pour l'approvisionnement :
- établir la liste des médicaments n'ayant pas de similaires locaux ;
- les appels d'offre seront « internationaux » pour les produits n'ayant pas de similaires et « nationaux » pour ceux ayant deux similaires locaux ayant obtenu une AMM ;
- procéder à la révision des cahiers de charge de façon telle que les offres de prix faites en DT soient les seules à être prises en considération et que les produits locaux aient 15% de la part du marché au moins ;
- Inviter les fournisseurs étrangers réalisant des chiffres d'affaires importants à investir en Tunisie.

2. En matière de politique des prix :
- regrouper tous les intervenants (ministères, entreprises…) en une seule commission habilitée à décider en matière de prix et d'autorisations de toutes natures ;
- supprimer la subvention pour les produits importés, dont des similaires existent en Tunisie ;
- encourager la production et la prescription des génériques ainsi que la substitution ;
- pour les produits de confort, pratiquer la vérité des prix.

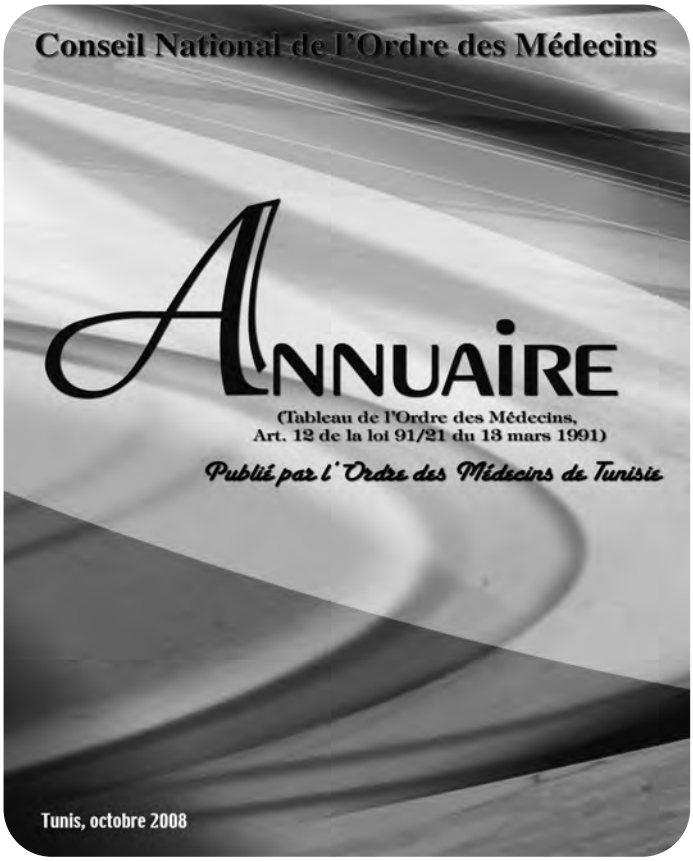
Toutes ces mesures visent à :
- encourager la production locale ;
- limiter l'importation ;
- zncourager l'utilisation de génériques ;
- rationaliser l'utilisation des médicaments.

LA FORMATION DES JEUNES MEDECINS EST UN DEVOIR DEONTOLOGIQUE [1]

« L'excellence de la formation médicale française tient beaucoup à la formation « professionnalisante », réalisée directement au lit du malade. Mais aujourd'hui de manière évidente, certains aînés ne se sentent plus du tout impliqués dans cette démarche de compagnonnage pourtant plébiscitée par les jeunes générations…

…Former ses pairs et ses jeunes confrères est un devoir déontologique qui s'impose à tout médecin, quel que soit son statut ; créer une dynamique de transmission et d'échanges des savoirs est profitable à tous. Nous souhaitons que le Conseil de l'Ordre le rappelle à tous les praticiens. A cet effet, nous proposons que le Code de Déontologie Médicale soit modifié pour y intégrer explicitement le « **devoir de compagnonnage** » ; l'inter-syndicat a proposé un nouvel article qui serait inséré dans le titre du Code sur les devoirs généraux des médecins. Il pourrait être ainsi rédigé : « Dans la juste et sincère mesure de sa disponibilité, un médecin a le devoir moral de former à l'intégralité de son art les étudiants ou internes en médecine et les confrères qui le sollicitent. . Nous proposons également que soit instituée une « Charte du médecin formateur » pour formaliser quelques règles simples concernant la transmission des savoirs et la confraternité qui devrait prévaloir entre formateurs et formés."

Source : www.conseil-national.medecin.fr, Déclaration de Philippe Cathala, Secrétaire général de l'Inter Syndicat National des Internes des Hôpitaux de France (extraits)


Conseil National de l'Ordre des Médecins
ANNUAIRE
(Tableau de l'Ordre des Médecins,
Art. 12 de la loi 91/21 du 13 mars 1991)
Publié par l'Ordre des Médecins de Tunisie
Tunis, octobre 2008

LA TELEMEDECINE

La télémédecine est une forme d'exercice coopératif mettant en rapport à distance, grâce aux technologies de l'information et de la communication, d'un coté un patient (et/ou des données médicales pertinentes) et de l'autre un ou plusieurs médecins et professionnels de santé, et ce à des fins de diagnostic, de décision, de prise en charge et de traitement ; les règles de la déontologie médicale doivent être respectées.

Elle englobe :
- La téléconsultation, régulation médicale ou consultation à distance d'un médecin ;
- La téléassistance médicale : acte au cours duquel un médecin assiste techniquement un confrère à distance ;
- La télé expertise : échange entre deux ou plusieurs médecins ;
- La télé surveillance basée sur la transmission d'un ou plusieurs indicateurs physiologiques d'un patient à l'équipe soignante.

Elle facilite la coopération entre médecins ; elle annule l'effet de l'éloignement et de « l'isolement ».

Dans la première étape d'une **stratégie nationale** visant à promouvoir la télémédecine, la priorité pourrait être accordée aux applications de téléconsultation et de télé expertise qui utilisent la visioconférence ou la télétransmission d'images accompagnées de données médicales (par exemple en radiologie, neurologie, neurochirurgie) ; ainsi qu'à la mise en place d'un dossier médical électronique sécurisé.

La télémédecine étant basée sur une mise en complémentarité de compétences, tout projet de télémédecine comporte un volet relatif à la **formation**. L'objectif de cette formation est de « faciliter la maîtrise des outils permettant le recueil, la gestion de la communication des informations, cela dans les meilleures conditions de sécurité, au bénéfice du patient ».

Les responsabilités engagées dans l'acte de télémédecine ont un fondement différent selon que l'acte est réalisé entre des établissements publics de santé ou entre des établissements de santé privés, ou entre médecins libéraux à partir de leurs cabinets et établissements de santé. Ainsi une situation juridique nouvelle en droit médical résulte de cet exercice coopératif de la médecine par des professionnels de santé de statuts et de modes d'exercice différents.

Quant à la situation du demandeur de prestations médicales par le biais d'un tchat, ou d'un forum à laquelle, praticiens libéraux et hospitaliers sont fréquemment confrontés, rappelons que le code de déontologie n'autorise pas la pratique médicale à distance (absence d'examen du patient) et ne donne pas aux praticiens la possibilité de demander des honoraires. Une consultation médicale doit comporter une anamnèse, un examen clinique ainsi qu'une prescription ; elle implique la présence simultanée en un même lieu du médecin et du patient.
L'information et le conseil en ligne ne constituent pas une consultation médicale.

CAHIERS DE CHARGES DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES PRIVES

Le Ministère de la Santé Publique se propose d'apporter au Cahier de charges relatif aux établissements sanitaires privés » (objet de l'arrêté du Ministère de la Santé Publique du 28 mai 2001, publié au JORT n°46 du 8 juin 2001), un certain nombre de modifications (qui font l'objet d'articles « nouveaux »)

Rappelons que le cahier de charges comporte plus de 100 articles dont il nous parait intéressant de rappeler :

Article 11 : les prix de prestations afférentes aux frais de nourriture et d'hébergement, dans les différentes unités des établissements sanitaires privés devront être affichés à l'intérieur de l'établissement.

L'article 13 : indique que les médicaments sont facturés au prix de vente au public, conformément à la réglementation en vigueur.

Article 17 : les prix et tarifs prévus par les articles 11 et 13 du présent cahier des charges sont soumis à la législation et à la réglementation en vigueur relatives à la répression des infractions en matière économique.

Article 53 : Les informations relatives aux malades et à la maladie sont strictement confidentielles. Elles ne peuvent être communiquées que par le médecin traitant aux malades eux-mêmes ou à leurs parents dans les conditions fixées par le code de déontologie médicale. Les malades hospitalisés doivent avoir des dossiers médicaux sur lesquels sont notés les actes médicaux et les soins qui leur sont dispensés.

En outre, un registre spécial dont les pages sont numérotées sans discontinuité doit être tenu au niveau du bloc opératoire indiquant notamment pour chaque intervention les nom et prénom du malade, la date, l'heure, le protocole anesthésique et opératoire ainsi que les noms du médecin qui a pratiqué l'intervention, de l'anesthésiste et des membres de l'équipe médicale et paramédicale.
Les notes et protocoles anesthésiques et opératoires prévus par le présent article, doivent être rédigés par les médecins traitants et sous leur propre responsabilité.

Article 55 : Le dossier médical doit être conservé dans les archives de l'établissement. Une copie doit être délivrée à la demande du patient, de son tuteur légal, de son médecin traitant ou de ses ayants droit.
Les documents d'imagerie médicale et d'analyses biologiques doivent être remis à la demande des intéressés.

Article 76 : Le directeur de l'établissement doit veiller à la stricte application des prix et tarifs tels que déterminés par la réglementation en vigueur.

SOINS MEDICAUX A DES ETRANGERS NON RESIDENTS (« EXPORTATIONS DES SERVICES DE SANTE »)

Un projet de loi relatif à l'exportation des services de santé par l'intermédiaire d'agences spécialisées a été mis au point par le Ministère de la Santé Publique.

Le point de vue et les arguments développés par l'Ordre, après consultation « d'experts », peuvent être résumés comme suit :

« Aucun intermédiaire non médecin ne peut s'interposer entre le patient et le médecin. La consultation médicale, le dossier médical, le devis de l'acte médical doivent faire l'objet d'une communication directe, sans intermédiaire, confidentielle (respectant le secret médical) entre le patient et son médecin traitant. Le médecin traitant doit assurer à son patient toutes les garanties d'une prise en charge conforme aux bonnes pratiques médicales et à la déontologie. L'agent de voyage assure quant à lui le transport, le séjour hôtelier, le circuit touristique : ses prestations font l'objet d'un devis qu'il présentera à ce même patient ».

EVALUATION ET ACCREDITATION DES STRUCTURES SANITAIRES

Un projet de loi en cours d'élaboration par le Ministère de la Santé Publique crée l'Autorité Nationale d'accréditation de Santé. Le texte proposé par le Ministère de la Santé Publique, étudié au sein d'une commission où l'Ordre est représenté :

1. définit les principes de fonctionnement de cet organisme : à savoir autonomie financière, indépendance des membres des comités chargés de l'évaluation ;

2. rigueur scientifique : recommandations basées sur une argumentation scientifique ;

3. transversalité : collaboration avec d'autres organismes de santé, chargés de la sécurité et de la veille sanitaires etc…

La mission de cet organisme consiste en :

1. l'évaluation des structures de soins, hospitalières et ambulatoires, publiques et privées, en vue de :

- leur certification ;
- l'accréditation des médecins et des équipes médicales qui y exercent (par le conseil national de l'Ordre des médecins) ;
- l'évaluation des pratiques professionnelles.

2. l'information des professionnels de santé, des usagers et d'une façon générale du grand public sur les résultats et les conclusions des audits.

3. la collaboration avec les différents acteurs de santé, locaux et internationaux, avec les collèges de professionnels, avec les sociétés savantes, et avec les organismes représentant les consommateurs…

Parallèlement, il sera procédé à la mise en place d'un organisme chargé de la coordination des activités des divers intervenants de la formation médicale continue.

TARIFICATION DES ACTES DANS LE SECTEUR PRIVE (janvier 2010)

La commission (prévue par le code de déontologie médicale, article 42) comprenant des représentants du conseil national de l'Ordre et des organisations professionnelles a fixé la fourchette des honoraires dans le secteur privé de soins comme suit:

C Cs C psy C neuro	20D,000 à 25D,000 30D,000 à 40D,000 35D,000 à 45D,000 35D,000 à 45D,000
V Vs V psy V neuro V nuit Vs nuit	C + C/2 Cs + Cs/2 Cpsy + Cpsy/2 C neuro + Cneuro/2 C x 2 Cs x 2
KE KC	2D,500 à 3D,000 5D,000 à 7D,000
Ik Z S I E Rn Rt	1D,000 à 1D,500 1D,000 à 1D,200 10D,000 à 12D,000 20D,000 à 24D,000 4D,000 à 5D,200 10D,000 à 13D,000 3D,000 à 3D,900
Accouchement	Forfait 1 300D,000 à 350D,000
	Forfait 2 350D,000 à 400D,000
B	0D,220 à 0D,250
P	0D,300 à 0D,400
1. Vacations horaires de : **-médecine de soins** **-médecine du travail** **-médecine de contrôle**	C x 1,5 à Cx 3 par vacation horaire
1. Expertise	2Cs à 10Cs par expertise

A cette occasion, l'Ordre des médecins attire l'attention des confrères sur la nécessité de se conformer aux dispositions prévues par la loi, particulièrement celles des articles 42, 44, 43 et 45 du code de déontologie médicale (voir ci-dessous) et aussi les articles 46 et 48.

Article 42

Le médecin doit toujours établir lui - même sa note d'honoraires avec tact et mesure, en tenant compte :

• Des tarifs et des honoraires tels que déterminés par la législation et la réglementation en vigueur pour servir de base à la fixation des frais médicaux remboursés par les organismes de protection sociale.

• Des honoraires établis et révisés périodiquement par le conseil national de l'ordre des médecins et les organismes professionnels et des circonstances particulières dont la situation du patient, la complexité et la difficulté de l'acte.

Un médecin n'est jamais en droit de refuser à son patient des explications sur sa note d'honoraires.

Article 43

Tout abus dans la fixation des honoraires établis dans les conditions prévus à l'article précédent constitue une faute professionnelle grave.

Article 44

Sous réserve de l'application des lois, il est interdit à tout médecin d'abaisser ses honoraires dans un intérêt de concurrence. Il reste libre de donner gratuitement ses soins quand sa conscience le lui demande.

Il est d'usage qu'un médecin soigne gratuitement ses parents proches, ses confrères et les personnes à leur charge, les étudiants en médecine, le personnel à son service, ses collaborateurs et auxiliaires directs et ses amis intimes.

Article 45

Le forfait d'honoraires pour la durée d'un traitement est interdit sauf pour les cas prévus par la législation et la réglementation en vigueur. Le forfait pour l'efficacité d'un traitement est interdit en toutes circonstances.

NOUVEAUX BUREAUX DES CONSEILS REGIONAUX DE L'ORDRE DES MEDECINS (CROM)

Suite aux élections qui ont eu lieu le samedi 9 janvier 2010 pour le renouvellement de la moitié des membres des Bureaux des CROM, leur compostion s'établit comme suit :

Tunis

Hatem JABBES	Président
Taieb BASSOUMI	Vice Président
Jelel BOUBAKER	Secrétaire Général
Ridha DHAOUI	Secrétaire Général Adjoint
Ahmed BANASR	Trésorier
Sadok EL HAMMAMI	Membre
Samir CHTOUROU	Membre
Mohamed Ridha BEN SLAMA	Membre

Gabès

Hédi SAULA	Président
Sami KRIMI	Vice Président
Med Mongi BOUKHCHINA	Secrétaire Général
Ridha RIAHI	Secrétaire Général Adjoint
Abdelhamid BEN H'MED	Trésorier
Fatima AMORRI	Membre
Abdelhakim ISSAOUI	Membre
Med Hédi KADRI	Membre

Sousse

Farhat GUETAT	Président
Ali MTIRAOUI	Vice Président
Foued BOUZAOUECHE	Secrétaire Général
Mohamed LIOUANE	Secrétaire Général Adjoint
Hatem ACHACHE	Trésorier
Mohamed Fathi BEN ALAYA	Membre
Sahbi DIMASSI	Membre
Yousr ZINELABIDINE	Membre

Béjà

Ameur HASNAOUI	Président
Abdellatif TOUJANI	Vice Président
Chaouki RIABI	Secrétaire Général
Féthi REZGUI	Secrétaire Général Adjoint
Khaled BACHA	Trésorier
Fadhel BEDHIEFI	Membre
Khalil BOUKHRIS	Membre
Sahbi MAALI	Membre

Sfax

Amine GHORBEL	Président
Anouar ABDELKAFI	Vice Président
Hassen TURKI	Secrétaire Général
Lotfi TRIKI	Secrétaire Général Adjoint
Ridha MKAOUAR	Trésorier
Imed MAALOUL	Membre
Adlene ABDELHEDI	Membre
Mohamed HAMMAMI	Membre

Gafsa

Zine Elabidine MISSAOUI	Président
Noureddine RABHI	Vice Président
Abdelmoumen EL ACHKHAM	Secrétaire Général
Imed BRAHMI	Secrétaire Général Adjoint
Sabeur GHERIBI	Trésorier
Abdelghani CHAABANI	Membre
Wided ZAIANI	Membre
Larbi LETIFI	Membre

COMMENTAIRES

Ainsi la quasi-totalité des conseillers est de sexe masculin, Gafsa et Gabès sont les seuls bureaux à compter dans leurs rangs une seule femme. La moyenne d'âge oscille entre 45 ans (Béja) et 52,5 (Sfax) ; le Conseiller le plus âgé a 66 ans, le plus jeune 39. La répartition selon les classes d'âge est comme suit:

40-45 ans : 18
46-50 ans : 13
51-55 ans: 7
56-60 ans et + : 7

Par ailleurs, il est à remarquer que ces caractéristiques démographiques ont peu varié au fil du temps et de la courte histoire (1ères élections en 1991) des CROM: très faible représentation du sexe féminin (2 au maximum dont la présidente du conseil une seule fois, à Tunis) ; quasi stabilité (l'augmentation est peu significative) des moyenne/médiane d'âge (Tableau 1).

Tableau I : Moyenne d'âge des Conseillers (pour les années 1991/2000/2010)

Année / CROM	1991	2000	2010
Béja	43	42	45
Tunis	43,9	43,6	47,5
Sousse	46,5	49	50,2
Sfax	46,3	47,4	52,5
Gabès	42,6	48,9	48,9
Gafsa			46

Mode d'exercice :

Près des trois quarts des Conseillers (n = 35) exercent dans le secteur libéral ; 14 sont fonctionnaires (MSP : 11 dont 5 hospitalo-universitaires ; Affaires Sociales : 1 médecin contrôleur) ; enfin, l'Ordre compte dans ses rangs un médecin du travail.

Spécialistes/généralistes`

Près de 2/3 (n=31) sont des spécialistes appartenant à des spécialités dites chirurgicales (chirurgie(s) : 8, gynécologie: 4, ORL : 2) ou d'imagerie (6) ; les autres spécialités «médicales (9) ou sociales (2) sont moins bien représentées.

Les médecins généralistes sont au nombre de 17.

En résumé, l'analyse des caractéristiques démographiques des membres des conseils régionaux de l'Ordre montre :
- Une prédominance masculine très marquée ;
- Une prédominance des catégories d'âge comprise entre 40-50 ans ;
- Une forte représentation des médecins libéraux (73%) et des spécialistes (63%), principalement ceux appartenant aux spécialités dites chirurgicales.

PUBLICATIONS, REVUES :
VIENT DE PARAITRE

* **SANTÉ – SÉCURITÉ – TRAVAIL** (éditée par l'Institut National de Sécurité au travail, trimestrielle), n° 52, janvier 2010 avec un dossier consacré aux risques de la manutention mécanique et un autre aux moyens de protection de l'appareil respiratoire ….
* **REVUE TUNISIENNE DE SANTÉ MILITAIRE** (fondée en 1999), volume 11, n° 4, décembre 2009 avec notamment des mises au point sur l'analgésie post-opératoire ; l'association tuberculose/tabagisme, et la présentation de cas cliniques originaux ….
* **REVUE TUNISIENNE D'INFECTIOLOGIE** (trimestrielle) vol. 2, n° 104, octobre 2009 avec des articles consacrés à l'épidémiologie de la leishmaniose cutanée, à la tuberculose uro-génitale, aux bases pharmacologique de l'antibiothérapie des abcès cérébraux à pyogènes…